

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

POUR

N^o 12

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JACQUES DESSART

Né le 4 Décembre 1897, à Paris (Seine)

La Protection contre les Maladies contagieuses

ET NOTAMMENT

LA DIPHTÉRIE

DANS

LES IMMEUBLES POUR FAMILLES NOMBREUSES

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1928

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ANNÉE 1928

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JACQUES DESSART

Né le 4 Décembre 1897, à Paris (Seine)

La Protection contre les Maladies contagieuses

ET NOTAMMENT

LA DIPHTÉRIE

DANS

LES IMMEUBLES POUR FAMILLES NOMBREUSES

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1928

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGRÈZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	ARCAUT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale	HEITZ-BOYER . . .	Urologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale	HOVELACQUE . . .	Anatomie.
BASSET	Pathologie chirurgi- cale.	HUTINEL	Pathologie médicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	JOYEUX	Parasitologie.
BINET	Physiologie.	LABBÉ (Henri) . .	Chimie biologique.
BLANCHETIÈRE . . .	Chimie biologique.	LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgi- cale.
BROCQ	Pathologie chirurgi- cale.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryng gie.
BRULÉ	Pathologie médicale.	LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale.	LHERMITTE	Pathologie mentale.
CHABROL	Pathologie médicale.	LIAN	Pathologie médicale.
CHAMPY	Histologie.	MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY	Pathologie médicale.	METZGER	Obstétrique.
CLERC	Pathologie médicale.	MONDOR	Pathologie chirurgi- cale.
DEBRÉ	Hygiène.	MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
I. de JONG	Anatomie pathologi- que.	MULON	Histologie.
DOGNON	Physique.	PHILIBERT	Bactériologie.
DONZELOT	Pathologie médicale.	QUÉNU	Pathologie chirurgi- cale.
DUVOIR	Médecine légale.	RICHET Fils	Physiologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	SÉZARY	Dermatologie et sy- philigraphie.
FIESSINGER	Pathologie médicale.	VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
GATELLIER	Pathologie chirurgi- cale.	VELTER	Ophthalmologie.
HARVIER	Pathologie médicale.	VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.	RETTERER	Histologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	TANON	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.	VILLARET. . . .	Clinique médicale.
LEREBOULLET. .	Clinique médicale in- fantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adul- tes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Je n'aurai jamais de plus bel
exemple que celui de sa vie
toute de droiture et de loyauté.*

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR MARUITTE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Je serai toujours guidé par le
souvenir de sa belle conscience
professionnelle et de sa bonté.*

A MA CHÈRE FEMME

*Je dédie cette thèse ; qu'elle soit
la preuve de mon profond
amour.*

A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Pour le grand honneur qu'il
nous fait en acceptant la pré-
sidence de cette thèse.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEREBoullet

MÉDECIN DE L'HOPITAL DES ENFANTES MALADES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui nous confia le sujet de ce travail

*et nous accueillit toujours avec
tant de bienveillance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Internat de Caen

M. LE DOCTEUR AUDRAIN (*in memoriam*)

M. LE DOCTEUR GUIBE

M. LE DOCTEUR OSMONT

M. LE DOCTEUR LECORNU

M. LE DOCTEUR VIGOT

M. LE DOCTEUR DESBOUIS

Stage de Paris

M. LE PROFESSEUR TERRIEN

M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CLERC

Avant-Propos

Parmi les questions qui se sont posées depuis la guerre, celle des familles nombreuses, de l'aide sociale et hygiénique à leur apporter, est une des plus pressantes, car elle se lie étroitement à celle de la dépopulation de notre pays.

Encourager les familles de plusieurs enfants, veiller à ce que chez elles les enfants restent forts et bien portants est un des premiers devoirs de la Société. C'est ainsi que l'ont compris les Pouvoirs Publics lorsque, dans le grave problème des logements, ils ont cherché à donner une place privilégiée aux familles nombreuses. En créant des immeubles qui leur soient en majorité réservés, on a fait un grand pas. Mais dans ces immeubles, la prophylaxie des maladies épidémiques se pose d'une manière particulière.

Récemment, notre maître, M. le Professeur agrégé Lereboullet discutait ce problème et insistait sur le point qui lui tient le plus à cœur : celui de la prophylaxie de la diphtérie. Il montrait les résultats partiels, mais significatifs, obtenus et souhaitait l'extension de cette méthode, montrant que de

ce côté du moins un progrès positif pouvait assez aisément être réalisé.

Il nous a encouragé à reprendre ce sujet dans notre thèse, après avoir visité ces immeubles et vu l'organisation de l'œuvre. « *Pour l'enfance des familles nombreuses* » et suivi de près la pratique de la vaccination antidiphtérique tant dans les immeubles qu'au Centre de vaccination.

Ce sont les résultats de notre courte enquête que nous apportons ici.

Mais nous tenons auparavant à exprimer notre vive reconnaissance à notre maître, M. Lereboullet qui, avec sa coutumière bienveillance, nous a donné l'idée, le plan et les éléments de ce travail.

Nous remercions également M. le Professeur Nobécourt qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

Que MM. les Docteurs Thierry, Mathieu et M. Ducreux trouvent ici l'expression de notre gratitude pour leur charmant accueil et les précieux renseignements qu'ils nous ont apportés.

Nous ne saurions oublier non plus l'amabilité de MM. les Docteurs Gournay et Grippon qui n'ont pas hésité à nous consacrer une partie de leur temps pour nous fournir divers éléments utiles à notre travail.

CHAPITRE I

Les Immeubles à bon marché

La Ville de Paris, en 1914, a décidé de construire en différents points de la périphérie de la capitale des immeubles salubres pour familles nombreuses; elle a réservé les logements de ces immeubles, jusqu'à concurrence de $\frac{2}{3}$ du montant des valeurs locatives de l'ensemble des logements, à des familles comprenant au moins quatre enfants âgés de moins de 16 ans. D'autre part, elle a créé un *Office public d'habitations à bon marché de la Ville de Paris* : organe administratif auquel elle a confié la gérance et l'entretien de ces immeubles. De plus, cet Office a construit pour son propre compte un certain nombre d'immeubles semblables à ceux dont il a la gérance.

D'autres immeubles, construits également par la Ville de Paris, mais en banlieue, dépendent de l'*Office public d'Hygiène Sociale* ; nous nous limiterons à l'étude du groupe de l'Office public des habitations à bon marché.

Voici la liste détaillée de ces différents immeubles, avec leur nombre de logements, leur population et leur superficie respective :

1° Immeubles de la Ville de Paris

IMMEUBLES	Nombre de logements	Nombre d'habitants	Surface totale
<i>XII^e Arrondissement</i>			
14, rue Abel	144	725	2.202 m ² 50
<i>XIII^e Arrondissement</i>			
207, rue de Tolbiac	101	558	1.585 m ²
11, rue de Villejuif	68	367	664 m ² 93
1, rue Henri Becque	91	512	1.408 m ² 58
18, rue Ernest Rousselle	138	695	2.126 m ² 26
5, rue Sthrau	117	574	1.658 m ² 91
13, rue Guyton de Morveau	24	128	493 m ²
62, rue de Tolbiac	33	257	476 m ² 28
18, rue Brillat-Savarin et 63, rue de la Fontaine à Mulard	315	895	8.263 m ² 60
137, Bd de l'Hopital, 22, rue Pi- nel et 25, rue Campo-Formio ...	408	1.993	7.652 m ²
51, rue Croulebarbe	145	764	2.700 m ²
<i>XIII^e Arrondissement</i>			
17, avenue Reille	20	170	347 m ² 62
1, rue Liard	57	311	726 m ² 20
<i>XV^e Arrondissement</i>			
65, rue Vasco de Gama	38	154	377 m ² 40
20-22, rue des 4 Frères Peignot ...	135	826	2.413 m ² 74
21-23, id	189	973	2.617 m ² 41
13-15, id	131	566	2.114 m ²
14-16, id	158	582	2.637 m ² 50
98, rue du Théâtre	81	422	1.690 m ²
<i>XVII^e Arrondissement</i>			
26, Passage Chatelet	44	211	1.064 m ² 25

IMMEUBLES	Nombre de logements	Nombre d'habitants	Surface totale
<i>XVIII^e Arrondissement</i>			
247-25, rue Marcadet	467	2.312	9.090 m ² 40
13, rue des Amiraux et 4, rue Hermann Lachapelle.....	78	411	1.897 m ²
2, rue Duc.....	32	176	489 m ² 77
<i>XIX^e Arrondissement</i>			
79, boulevard Sérurier.....	175	896	2.093 m ² 90
4, rue Nouvelle Haxo	14	105	222 m ² 75
2, à 12, rue de la Solidarité.....	387	2.075	6 929 m ² 48
27, cité Lemièrè.....	256	1.243	5.351 m ² 70
<i>XX^e Arrondissement</i>			
28, rue du Télégraphe	170	899	2.672 m ² 50
3, rue Boyer.....	140	538	1.551 m ² 63
140, rue de Ménilmontant et Impasse Villiers de l'Isle Adam.....	579	3.037	6.782 m ² 83

II^e Immeubles de l'Office

<i>XII^e Arrondissement</i>			
10, rue Tournèux, 10, rue Edouard-Robert et 43, rue de Fécamp.....	598	3.214	13.842 m ²
<i>XIII^e Arrondissement</i>			
34, rue Dalesme et 2, rue DieuIafoy	42	192	330 m ²
<i>XVII^e Arrondissement</i>			
7, rue Ernest Hoche.....	108	100	1 487 m ²
<i>XVIII^e Arrondissement</i>			
2-4 rue Frédéric Scheinèder.....	359	1 682	7.352 m ² 50
1-3, rue Marcel Sembat.....	35	1 362	7.352 m ² 50
<i>XIX^e Arrondissement</i>			
51, rue de l'Ourcq et 3, rue de l'Oise.....	343	2.048	7 223 m ²
Totaux.....	6.436	33.451	117. 948. 46

On peut se faire une idée de la densité de la population de ces immeubles en songant que ces totaux donnent approximativement une proportion de 3.000 personnes, pour un carré de terrain de 100 mts. de côté. Ces chiffres font comprendre l'importance que l'on doit accorder à l'hygiène et aux mesures propres à enrayer l'éclosion d'épidémies dans des parvilles agglomérations composées en majeure partie d'enfants.

Au point de vue des locaux 5 % des appartements sont de 4 pièces plus une cuisine et un cabinet d'aisance, 2/3 comportent 3 pièces, une cuisine et les W.--C. Les autres sont de moindre importance :

Un ménage avec 1 enfant a droit à 1 pièce et une cuisine.

Un ménage avec 2 enfants a droit à 2 pièces et une cuisine.

Un ménage avec 3 enfants a droit à 2 pièces et une cuisine.

Un ménage avec 4 enfants a droit à 3 pièces et une cuisine.

Un ménage avec 8 enfants a droit à 4 pièces et une cuisine.

Ils ont tous l'eau, le gaz, l'électricité, aération parfaite, carrelage dans la cuisine et l'entrée, plancher en chêne dans les autres pièces et certains que nous avons visités prouvaient, par leur propreté, leur netteté, la coquetterie même de leur aménagement, qu'un grand progrès avait été réalisé sur la honteuse chambre meublée, sur l'ignoble taudis où

s'étiolent et meurent les tout petits. Toutefois les dangers de maladie ne sont pas pour cela écartés. Voici d'ailleurs, à ce sujet, l'opinion autorisée de M. Lereboullet dans son article : « *La protection contre les épidémies de l'enfance des familles nombreuses* ».

« Ce sont de véritables cités, dont l'organisation soulève une série de problèmes d'autant plus préoccupants que ce sont des cités d'enfants ; or, de la santé morale et physique de l'enfant dépend l'avenir de notre pays. A voir ces cités nouvellement construites, aérées, dans l'ensemble, propres, à y rencontrer parents et enfants circulant activement, on a l'impression qu'un progrès a été réalisé sur l'affreux taudis et que l'hygiène générale des familles doit être si non parfaite, du moins satisfaisante.

« En réalité, la nécessité de procurer au plus vite un abri à une population considérable a imposé la construction de très vastes immeubles, élevés de six à sept étages, où règnent forcément un certain encombrement et une promiscuité favorable au développement des maladies contagieuses. Dans plusieurs immeubles il y a plus de 1.000 enfants (1.200 rue de Fécamp, plus de 2.000 rue Schneider et rue Marcel-Sembat). On voit ce que peut être le développement d'une épidémie infantile dans des agglomérations si denses.

« En fait, il y a eu, il y aura encore des épidémies dans ces immeubles à population infantile nom-

« breuse, et ils ne peuvent échapper à la loi qui
« veut que *toute agglomération d'enfants expose*
« *ceux-ci à des contagions multiples*. Toutefois il
« faut considérer ce qu'étaient avant, voir ce que
« sont actuellement encore, non seulement les tau-
« dis mais encore la plupart des maisons ouvrières
« parisiennes, et se dire que, précisément, le grou-
« pement en un même immeuble, ou en une série
« d'immeubles contigus, d'un grand nombre des
« familles peut permettre diverses initiatives heu-
« reuses ». Ces initiatives sont en grande partie
l'apanage des infirmières visiteuses pour la tubercu-
lose, et des assistantes sociales de l'œuvre « Pour
l'enfance des familles nombreuses ».

CHAPITRE II

Les Maladies infectieuses dans les Immeubles à Familles nombreuses

A. Généralités

L'INFIRMIÈRE SOCIALE. — PREMIÈRE ENFANCE ET SURVEILLANCE SOCIALE

L'on comprend facilement que l'éclosion de maladies contagieuses, au sein de cette collectivité où l'hygiène dans beaucoup d'appartements n'est qu'embryonnaire puisse se transformer très vite si elle n'est pas immédiatement arrêtée, en de redoutables épidémies.

« Dans les immeubles que je visé dans cette étude, écrit M. Lereboullet, la tuberculose exerce, « comme ailleurs, trop souvent ses ravages, et, « l'hiver dernier, la grippe, la rougeole, la diphté-

« rie ont sévi, apportant leur coefficient souvent
« élevé de morbidité et de mortalité. Aussi ceux
« qui, à l'Office des habitations à bon marché et
« ailleurs, l'intéressent au succès de cette large
« initiative s'en sont préoccupés à juste titre ».

Ce sont, d'une part, « *Le Comité National de l'Enfance* », présidé par M. le sénateur Paul Strauss qui, d'accord avec M. Ducreux, directeur de l'Office, a constitué une commission dont le but est d'organiser la lutte contre les maladies contagieuses dans les immeubles par des mesures d'hygiène et de prophylaxie adéquates.

D'autre part, une aide précieuse est apportée à cette tâche nécessaire par les employés de M. le Docteur Thierry, directeur des Services d'hygiène à la préfecture de la Seine ; ceux-ci, en effet, sont appelés à visiter les nombreux logements qui doivent être désinfectés et tout en causant avec leurs locataires ils leurs donnent d'utiles conseils de prophylaxie et d'hygiène. Ce sont évidemment des conseils assez élémentaires mais qui sont en général bien écoutés parce que donnés par des gens d'une situation sociale similaire à la leur.

Il y a enfin l'*OEuvre Pour l'Enfance des Familles Nombreuses*, créée par des personnes charitables sous la direction de Mme Sommier et de Mlle de Hurtado, qui, s'appuyant sur les avis autorisés du président de son Comité Médical, M. le Professeur Nobécourt et sur la compétente activité de son

secrétaire général, M. le Docteur René Mathieu, est appelée à rendre les plus grands services, tant au point de vue propagation de l'hygiène et éducation sociale qu'au point de vue lutte contre les maladies contagieuses. Cette œuvre a formé des infirmières sociales qui sont affectées à chaque immeuble et les visitent régulièrement.

Ces infirmières, surtout dans les immeubles qui comprennent une garderie d'enfants, finissent par être en relation fréquente avec les familles des marmots qui leur sont confiés, puis de proche en proche, avec les familles voisines dont les mamans viennent leur demander conseil. Elles sont encore, à l'heure actuelle, trop peu nombreuses pour la population qu'elles ont à visiter, mais leur dévouement supplée, dans une certaine mesure, à leur petit nombre qui ne saurait d'ailleurs tarder à s'accroître. Leur rôle est d'une importance capitale dans l'œuvre sociale ébauchée : elles ont souvent à vaincre des idées préconçues, issues des papotages de paliers, et leur tâche, si elle est parfois rebu-tante, n'en est que plus belle.

Dans ces immeubles, en effet, se trouvent groupés dans une dangereuse promiscuité des familles dont le moral et la façon de vivre sont très disparates. L'infirmière sociale doit être la conseillère de la famille au point de vue hygiénique et domestique. Elle doit surtout lorsqu'elle aura des doutes sur la santé des parents, persuader ceux-ci d'aller consulter sans retard pour que la maladie soit im-

médiatement combattue chez le nouveau-né et qu'ainsi l'enfant n'ait pas à supporter plus tard les résultats morbides d'une hérédité ignorée ou cachée.

L'infirmière doit convaincre la mère de la nécessité des fréquentes visites aux consultations des nourrissons, car dans ces familles l'alimentation du jeune enfant après le sevrage laisse trop souvent à désirer, elle doit ensuite guider la maman dans ses démarches auprès des œuvres qui sont susceptibles de lui accorder des secours, elle peut même signaler à des personnes charitables les familles nécessiteuses qui lui paraissent dignes d'intérêt et leur obtenir d'autres subsides.

Puis l'enfant grandissant, elle doit s'efforcer d'obtenir qu'il aille à la garderie, puis à l'école et qu'il ne reste pas à traîner sans surveillance dans ces immenses cités où se trouvent réunies toutes les tares morbides et morales.

Il faut surtout, et c'est le vœu de l'Œuvre pour l'enfance des familles nombreuses, créer dans ces immeubles des *cours ménagers* qui initieraient les mamans et aussi les jeunes filles à l'économie domestique. Malheureusement cela nécessite un local spécial, il faut de l'argent, et nous n'avons pas des crédits suffisants.

En plus de ces conseils, l'infirmière doit accomplir un effort de prévention très important contre les maladies infectieuses qui sont la grande cause de mortalité dans ces immeubles.

B. La Tuberculose

Dans les milieux ouvriers surpeuplés de ces immeubles, le bacille de Koch trouve un vaste « champ d'opérations » où il exerce ses ravages sous toutes ses formes. Un dénombrement exact est presque impossible à faire, d'autant qu'il faut tenir compte que dans ces locaux existent, à côté des bacillaires, un grand nombre d'anciens gazés de la guerre offrant du fait de leur lésion une réceptivité spéciale à l'infection tuberculeuse.

D'après une communication du Docteur Mathieu, le $\frac{1}{3}$ ou le $\frac{1}{4}$ des habitants des immeubles à bon marché seraient inscrits au dispensaire ; cela ne veut évidemment pas dire que ce soient tous des tuberculeux, contagieux ou non, malgré cela, d'après les renseignements que nous avons obtenus nous même dans ces immeubles auprès des assistantes sociales, il semble que cette proportion soit, pour certains seulement, relativement exacte : ainsi sur les 323 familles qui habitent les bâtiments de la rue de l'Ourcq, 107 familles sont connues par l'office publique d'hygiène sociale comme ayant au moins un tuberculeux en traitement, et ce ne sont là que des cas suivis, mais combien en ignorons-nous qui sèment avec leurs crachats, le terrible microbe dans la cité : nous laissons ici la parole à M. Lereboullet : « Une infirmière de
« l'un de ces immeubles n'a-t-elle pas vu le fait na-

« vrant d'un garçon de 17 ans, tuberculeux conta-
« gieux, qui ne voulait pas partir au sanatorium,
« soutenu par son père qui déclarait que « ce sont
« là des sottises » ; il restait au logis et il gardait
« toute la journée ses petits frères et sœurs pen-
« dant que les parents travaillaient. Combien d'au-
« tres faits semblables ne pourrait-on citer ! Lais-
« ser la tuberculose gagner et s'infiltrer dans ces
« immeubles par la promiscuité de l'escalier et des
« cours, ne pas s'efforcer d'organiser la lutte mé-
« thodique serait évidemment faire perdre à la col-
« lectivité, une partie du bénéfice réalisé par la
« création de ces immeubles. Il faut surtout se rap-
« peler avec quelle fréquence et quelle gravité elle
« s'attaque aux jeunes enfants, aux marmots de 1
« à 5 ans, qui, plus que les autres, vivent en pro-
« miscuité dans ces immeubles ».

L'hérédité tuberculeuse étant une exception, le nouveau-né en serait indemne mais contracterait rapidement la redoutable infection lorsque le logis abrite un tuberculeux crachant des bacilles.

Or la tuberculose chez les tout petits évolue le plus souvent d'une façon foudroyante et emporte généralement l'enfant de méningite tuberculeuse ou de tuberculose généralisée, gagnant de vitesse dans leur évolution la lésion pulmonaire primitive. Il est donc très important que, dans les immeubles où les tout petits sont nombreux, des mesures soient prises pour leur éviter la contagion.

C. La Rougeole

Les épidémies de rougeole telles que celles qu'on a eu à déplorer l'hiver dernier dans ces immeubles sont, malgré la réputation d'innocuité dont la rougeole jouit dans le public, les plus redoutables et les plus meurtrières, non par la gravité de la maladie elle-même, mais par ses complications respiratoires. De plus, nous sommes désarmés vis-à-vis d'elle au point de vue du traitement spécifique : c'est ici surtout que la cure d'isolement et les mesures prophylactiques trouvent leur application. Cependant nous ne pouvons l'éviter, et vers la fin de l'hiver les grands garçons et les grandes filles se contaminent au dehors, à l'école, et ramènent la rougeole au logis où elle frappe leurs frères et leurs sœurs plus jeunes, d'autant plus gravement qu'ils *sont plus petits*.

Du fait même de la contagiosité de la rougeole à sa période prééruptive, découle sa gravité dans ces énormes agglomérations d'enfants, car la famille non prévenue, et trop souvent ignorante, pourra penser à un gros rhume et laisser l'enfant sans surveillance contaminer ses petits camarades, ouvrant ainsi la porte à la maladie et à tout le cortège de ses mortelles complications respiratoires : Varyngite, adénopathie trachéo-bronchique, et surtout broncho-pneumonie. Cette dernière est la plus terrible de toutes, surtout dans un tel milieu éminemment

favorable à son éclosion par le fait de l'encombrement et par la nature du sujet dans l'organisme offre souvent une réceptivité spéciale due à une nourriture et une hygiène insuffisante.

D. La Grippe

La grippe épidémique, elle aussi, a sévi par rafales l'hiver dernier dans certains immeubles. Comme pour la rougeole la grippe est une maladie dont nous ne pouvons empêcher l'apparition : très contagieuse, surtout transmissible directement par la toux et l'éternuement du fait que les germe habitent la salive et les voies respiratoires, sa contagion indirecte par le contact d'objets ou séjour dans l'appartement paraît très discutable. Cette maladie, par ses complications très fréquentes, est comparable à la rougeole, mais à ce sujet l'isolement du petit malade, surtout dans une semblable agglomération d'enfants, est d'une importance capitale. En effet, la maladie initiale semble déterminer dans l'organisme une phase d'anergie dont profitent les microbes, hôtes normaux dans les cavités telles que le pharynx, les fosses nasales et les microbes venant du milieu extérieur ; ces germes jusque là latents acquièrent du fait de leur symbiose avec ceux de la grippe une virulence spéciale et les graves complications des voies respiratoires apparaissent d'autant plus facilement qu'elles bénéficient

cient à ce moment d'une résistance locale à l'infection très diminuée. D'autre part, ces germes « para grippaux » semblent acquérir du fait de leur passage par contagion dans des organismes successifs une virulence de plus en plus marquée, déterminant au fur et à mesure que les enfants se contaminent des gripes dont les infections secondaires se présentent avec des aspects de plus en plus graves.

Nous ne parlerons pas ici de la diphtérie, elle fera l'objet de toute la seconde partie de notre thèse.

CHAPITRE III

Le rôle des Infirmières vis-à-vis de ces Maladies dans les Immeubles à bon marché

En plus des directrices des garderies d'enfants, deux catégories d'infirmières visitent ces immeubles : d'une part, les infirmières visiteuses de l'Office public et des dispensaires, chargées d'aller suivre les tuberculeux à domicile et qui se rendent pour cela dans les familles, et d'autre part les Infirmières Sociales de l'Œuvre pour l'enfance des familles nombreuses, dont le rôle est de propager l'hygiène, de faire observer les mesures de prophylaxie des maladies contagieuses et de donner aux familles tous les renseignements qu'elles ignorent en entrant plus ou moins intimement en relation avec les locataires. Sans enfreindre le secret professionnel, c'est en conjuguant leurs efforts respectifs que

ces infirmières sont susceptibles d'obtenir le maximum de résultats dans le but poursuivi.

La lutte contre la tuberculose est particulièrement difficile du fait de l'absence de déclaration obligatoire et de l'observation du secret professionnel obsolu pour le médecin et ceux qui prodiguent leurs soins aux tuberculeux. Elle ne peut être que très limitée, et seules les infirmières visiteuses et les infirmières de ces immeubles peuvent espérer diminuer les risques de contagion dans ces agglomérations : nous citerons d'ailleurs à ce sujet les dernières lignes du remarquable ouvrage du Docteur Rist sur la tuberculose : «..... qui eût pensé
« surtout, sauf quelque sage passant pour fou, que
« pour accomplir la tâche où les lois, les règle-
« ments, les bureaucrates, les préfets et les méde-
« cins eux-mêmes échouent, il suffirait que des
« femmes s'en mêlassent avec leur bon sens et leur
« cœur? Dans les annales de la lutte antitubercu-
« leuse, il n'est peut-être pas, depuis la démonstra-
« tion de la contagiosité du mal, de date plus im-
« portante que celle de la création des infirmières
« visiteuses. »

L'infirmière visiteuse et l'infirmière sociale, qui connaissent les familles doivent consacrer tous leurs efforts à ce seul but : soustraire l'enfant sain du foyer contaminé, ou guider le bacillaire hors du foyer sain vers des soins éclairés qui lui feront l'existence la plus apte à sa guérison.

En plus des conseils d'hygiène et de prophylaxie

classiques, elles doivent proposer, si la mère refuse de se séparer de son nourrisson, la vaccination préventive avec le B. C. G. (1); la généralisation de cette méthode à tous les nouveau-nés de l'immeuble nous semble nécessaire ; si nous ignorons encore la durée de son efficacité (il faudrait pour cela suivre des vaccinés exposés à la contagion pendant des années), nous connaissons néanmoins 5 nourrissons de l'immeuble de la rue de l'Ourcq qui ont été vaccinés il y a un an et qui n'ont présenté jusqu'alors aucun phénomène tuberculeux.

Elles doivent s'efforcer d'obtenir que le bacillaire plus âgé consente à voir le médecin, parce que c'est par lui et avec le concours du dispensaire qu'il pourra recevoir les soins nécessités par son état, et son envoi suivant le cas dans les écoles de plein air, les préventoria, les sanatoria ou les hôpitaux.

Qu'il nous soit permis de déplorer ici l'insuffisance de crédits accordés par les Pouvoirs Publics pour la lutte contre la tuberculose ; nous ne disposons que d'une quantité de places limitées par le petit nombre des centres antituberculeux toujours complets, de sorte que des malades curables sont parfois obligés d'attendre 6 mois leur tour de départ et ce retard suffit à en faire des incurables.

(1) Ce traitement consiste à faire ingérer le contenu de 3 ampoules de 2 cc au rythme de une tous les 2 jours, la première devant être administrée avant le quatrième jour qui suit la naissance.

Devant une *grippe* ou une *rougeole* quel doit être le rôle de l'infirmière sociale ? Voici, à ce sujet, l'opinion autorisée de M. Lereboullet (1) : « ... l'action de l'infirmière n'est que difficilement préventive. Dans certains cas spéciaux, chez un enfant plus particulièrement délicat et susceptible, elle peut conseiller et faciliter l'injection de sérum de convalescent (2), souvent efficace mais d'action temporaire. Elle a surtout un autre rôle à jouer. Elle doit s'efforcer d'obtenir que l'enfant soit soigné à domicile, autant que possible dans une chambre à part, ce qui dans certains logements est réalisable. Elle doit persuader à la mère de cesser temporairement le travail pour garder son enfant, et, peut-être, lui sauver ainsi la vie. Comme me l'écrivait le Docteur Mathieu, il se fait à l'hôpital de « véritables massacres d'innocents », la mortalité y dépasse souvent 20 à 30 % ! Si, dans ces vastes immeubles on pouvait organiser le traitement à domicile de la rougeole, obtenir que l'exode hospitalier soit l'exception, que de vies ne sauverait-on pas ! »

L'hôpital est en effet un « danger de mort » pour les jeunes enfants : l'hiver dernier, l'infirmière d'un des plus importants immeubles a eu à déplorer lors de l'épidémie de rougeole 6 décès d'enfants de 18 mois à 6 ans, dont 5 à l'hôpital ; fait plus si-

(1) *Paris Médical* du 5 novembre 1927.

(2) En cas de rougeole.

gnificatif encore : dans une autre famille trois enfants atteints de scarlatine sont morts à l'hôpital, l'un de la diphtérie, les deux autres de la rougeole.

Le sérum de convalescent, quoique présentant des difficultés matérielles d'application, est un excellent moyen de lutte contre les ravages de la rougeole. En injectant 2 cc. 5 de ce sérum à un enfant de 4 ans avant le 4^e jour de contagion, cet enfant échappe temporairement à l'infection. La protection, presque certaine quand l'injection est précoce, devient plus aléatoire quand elle est tardive ; cependant si la rougeole se déclare, elle est plus atténuée.

Le caractère temporaire de cette vaccination et la difficulté qu'il y a à se procurer ce sérum en quantité suffisante empêche d'en généraliser l'application ; toutefois, dans certains cas particuliers, chez les enfants trop jeunes, débiles, relevant d'une autre maladie, cette prophylaxie temporaire peut être précieuse, et l'infirmière sociale peut rendre des services marqués aux familles en insistant pour en faciliter la mise en œuvre.

En période d'épidémie, certaines garderies sont fermées ; dans ce cas l'infirmière doit faire son possible pour que les parents ne laissent pas leurs enfants libres de vagabonder dans les cours, les escaliers et surtout les caves, flaques et ruisseaux du voisinage souvent pollués par des immondices. Elle doit obtenir que les frères et sœurs du malade évitent autant que possible les autres enfants, et

cessent temporairement la fréquentation de l'école. En un mot, elle doit, chaque fois qu'elle remarque un symptôme suspect chez un enfant, prier la famille, et de le garder à domicile et de recourir le plus tôt possible au médecin.

Nous ne parlerons pas de la variole contre laquelle nous sommes bien armés et pour laquelle la loi exige la vaccination chez le nouveau-né et la revaccination à 11 ans et 20 ans (loi de 1902). Les cas de variole sont, de fait, excessivement rares dans ces immeubles et restent des cas isolés parce qu'un certificat de vaccination récent est exigé de chacun des locataires et que l'infirmière peut demander des séances de vaccination.

CHAPITRE IV

La protection contre la Diphtérie

La diphtérie est de toutes les maladies infectieuses celle contre laquelle on peut actuellement le mieux protéger les enfants grâce aux découvertes successives de la sérothérapie, des conditions de l'immunité diphtérique, de la vaccination et spécialement de la *vaccination par l'anatoxine*.

On peut maintenant, non seulement traiter la diphtérie déclarée mais empêcher de manière durable son éclosion chez l'enfant. Il n'y faut qu'un peu de volonté et d'organisation. Les immeubles pour familles nombreuses peuvent, à cet égard, constituer un champ d'action intéressant. C'est ce qu'ont pensé les organisateurs de *L'Enfance des familles nombreuses* et le Docteur Mathieu, c'est ce que M. Lereboullet et ses collaborateurs ont commencé à réaliser.

Ce serait nous écarter de notre sujet que de parler de la diphtérie déclarée. Nous rappellerons seulement, comme l'a toujours dit notre maître M. Lereboullet, qu'elle bénéficie largement de la sérothérapie massive avec, suivant les cas, le sérum ordinaire ou le sérum purifié. Il faut savoir employer cette sérothérapie :

Précocement ; elle atteindra ainsi la toxine diphtérique avant sa fixation sur le parenchyme et son action n'en sera que plus sûre.

Intensivement : parce que sans avoir pour cela d'avantage d'accidents sériques, on obtient bien plus rapidement la guérison.

Longtemps : parce qu'une seule injection, même massive, a une élimination rapide et expose le malade aux accidents toxiques secondaires tels que les paralysies.

Ce traitement, délicat et assez coûteux, exige, pour les enfants de ces immeubles qui contractent la diphtérie, le transport immédiat à l'hôpital.

Les conditions de la Prévention

Dans les agglomérations d'enfants telles que celles des immeubles pour familles nombreuses ces conditions sont examinées suivant que nous nous trouvons en période d'épidémie ou non.

En période d'épidémie, il est impossible de consacrer à des centaines de familles vivant côte à côte la surveillance rigoureuse que l'on peut exercer dans les familles aisées, l'on doit agir rapidement et remplacer temporairement la vaccination à l'anatoxine par la séroprophylaxie telle qu'elle a été de longue date recommandée, *le sérum purifié est l'agent de choix dans cette séro-prévention d'urgence*. On réalise ainsi une immunité presque immédiate, mais temporaire. Une fois le danger écarté, cette sérothérapie préventive ne sera pas un obstacle à la vaccination définitive. Elle n'expose pas en général aux accidents sériques, toujours à redouter lorsque on a affaire à des sujets sensibilisés. Pour plus de sûreté on pourra recourir chez les sujets déjà injectés à l'emploi des doses fractionnées. La dose minima à employer à titre préventif est de 1.000 unités, soit 3 cc. en injection sous-cutanée : l'immunisation s'établit en quelques heures, mais s'atténue rapidement pour disparaître après 20 à 25 jours.

En dehors des périodes d'épidémie : Nous avons à l'heure actuelle avec l'anatoxine de Ramon une vaccination définitive contre la diphtérie.

L'anatoxine de Ramon est une toxine diphtérique formolée à 3 et 4 pour 1000 et laissée un mois à l'étuve à 40°. Cette toxine devient complètement inoffensive tout en conservant sa valeur flocculante et en engendrant la production d'antitoxine spécifi-

que permet de réaliser ainsi l'immunité. En effet, alors que le cobaye est tué par injection de 1/800 de cc³ de toxine diphtérique de l'Institut Pasteur, un cobaye qui a reçu 2 injections de 1 cc. d'anatoxine à quelque temps l'une de l'autre peut supporter sans dommage quinze jours après l'injection de 20 à 40 cc. de toxine diphtérique. En plus de son intérêt biologique dans l'immunisation plus rapide des chevaux producteurs de sérum, elle permet de réaliser avec le même bonheur la vaccination humaine. Les vaccinations à l'hôpital Pasteur, au Val-de-Grâce et notamment au centre de vaccination antidiphtérique des Enfants-Malades ont prouvé par l'excellence de leurs résultats que cette vaccination était d'une part *inoffensive* et d'autre part *durable*.

Comment doit-on pratiquer cette vaccination?

Nous avons à considérer le cas de familles isolées et celui de grandes agglomérations telles que les écoles ou les groupements des immeubles pour familles nombreuses.

On a remarqué que la réceptivité à l'infection diphtérique est beaucoup plus marquée dans le jeune âge et que cette réceptivité s'atténue au fur et à mesure que l'enfant grandit. On ne trouve plus, en effet, que 12 % environ d'adultes réceptifs.

L'enfant s'auto-immunise donc au fur et à mesure qu'il avance en âge, et on a noté à ce sujet que le pourcentage de ces immunisés était plus grand chez les citadins que chez les ruraux, dans les ag-

glomérations de familles ouvrières que dans les familles bourgeoises. La réaction de Schick, qui consiste à injecter dans le derme de l'avant bras deux gouttes d'une toxine diphtérique diluée au 1/50 de la dose mortelle du cobaye, a permis de vérifier scientifiquement ce que la pratique clinique laissait constater : en effet, si 48 h. après l'injection le sujet présente une papule rouge, persistante, il est réceptif et susceptible de contracter la diphtérie ; si cette réaction manque, il est réfractaire, il s'est immunisé lui-même.

Poussant plus loin l'étude de ce phénomène à l'hôpital des Enfants Malades, MM. Lereboullet et M. Joannon ont constaté que les enfants demeurant longtemps à l'hôpital finissaient pas s'immuniser naturellement par leur séjour dans les salles où *avaient existé des cas d'angines diphtériques bénignes* et où la gorge de quelques enfants présentait du bacille diphtérique peu virulent. M. Lereboullet a constaté de plus que *la diphtérie ne se déclarait que chez les enfants hospitalisés depuis un temps relativement court et non chez ceux hospitalisés depuis plus d'un an.*

En d'autres termes, il se produit donc une *immunisation spontanée occulte*, se faisant silencieusement à la faveur d'angines larvées ou méconnues ou d'agressions discrètes et espacées de germes peu virulents déterminant dans les tissus et les humeurs la production d'anticorps.

Dans les familles aisées cette immunité pourra

être recherchée par la réaction de Schick, mais dans des agglomérations aussi denses que celles des immeubles à bon marché, le Schick est inutile du fait des trop grandes difficultés de surveillance des enfants. La vaccination pure et simple s'impose donc : elle aura pour effet de rendre réfractaires les enfants dont le Schick aurait été positif, de rendre plus réfractaires encore les enfants dont le Schick aurait été négatif, en un mot de donner à tous l'immunité.

Quel est, chez les jeunes enfants l'âge le plus propice à la vaccination par l'anatoxine? Dans des récentes expériences, Ribadeau-Dumas, Loiseau et Lacomme, ont mis en lumière des difficultés d'une immunisation active chez les enfants âgés de moins d'un an ; d'autre part, c'est vers un an que l'enfant présente le maximum de réceptivité vis-à-vis de la diphtérie, enfin la pratique a prouvé que plus le sujet était âgé, plus grande était la fréquence et l'intensité des phénomènes réactionnels : d'où la nécessité d'une vaccination *ni trop précoce, ni trop tardive* ; ce sont les enfants âgés de 1 à 2 ans que nous devons vacciner systématiquement parce que nous rencontrerons chez eux le maximum de réceptivité et le minimum de phénomènes réactionnels. Néanmoins, jusqu'à l'âge de 6 ans, nous n'aurons jamais que des réactions insignifiantes, très exceptionnellement plus fortes chez des rares sujets présentant une sensibilité spéciale, mais sans jamais *aucun caractère inquiétant*.

Cette vaccination, pour donner un pourcentage maximum d'immunisés doit comprendre trois injections sous-cutanées, faites en général à la cuisse ou à l'épaule (éviter le bras) la première de 0.5 cc., la seconde de 1 cc., la troisième de 1 cc. 1/2, espacées les unes des autres de trois semaines. La vérification par le Schick est inutile, le pourcentage des immunisés dépassant 98 %. D'après les recherches de M. le Professeur agrégé Lereboullet, l'immunité contrôlée par le Schick après la deuxième injection est déjà conférée à 90, à 95 % des sujets et à près de 100 % après la troisième.

Les réactions, toujours négligeables, sont, lorsqu'elles se produisent, de deux sortes :

1° *locales* : le plus souvent une légère rougeur au point d'injection, très circonscrite, parfois un peu œdémateuse et douloureuse, disparaissant très rapidement. On peut constater beaucoup plus rarement (une ou deux fois sur cent vaccinations) l'apparition d'un placard œdémateux un peu plus étendu avec réaction ganglionnaire, mais rétrocedant toujours rapidement et sans suites. Ces légers incidents qui apparaissent d'ailleurs indistinctement après l'une ou l'autre des injections sont calmées par l'application de simples compresses chaudes.

2° *générales* : elles ne sont pas forcément liées à la réaction locale. Elles consistent surtout en une élévation légère de la température, atteignant 37°5-38°, très rarement 39° ou plus, et ce, pour un

laps de temps ne dépassant pas 48 heures. Cette pyrexie, calmée par quelques comprimés d'aspirine (1), peut s'accompagner d'un léger état nauséux, exceptionnellement de vomissements. Ces réactions et les statistiques du Centre de vaccination créé par M. le Professeur agrégé Lereboullet aux Enfants Malades portent sur plusieurs milliers de cas, ont toujours été d'une bénignité absolue. Environ 30 % des vaccinés présentent une réaction légère, 10 à 15 % une réaction un peu plus forte, conditionné surtout par ce fait que l'enfant est un convalescent de diphtérie, ou, comme nous l'avons déjà fait remarquer, qu'il est plus âgé.

Les Schick pratiqués plus d'un an après la vaccination ont toujours prouvé par leur réaction négative que l'immunité conférée était durable, et les statistiques dressées dans les endroits où fut pratiquée cette vaccination ont toujours prouvé son efficacité. Aussi au début de 1926 près de 5.000 sujets avaient été vaccinés à l'Institut Pasteur, plus de 2.000 au centre de vaccination des Enfants Malades, 1.500 dans différents services : sur ces 8.500 sujets, si quelques très rares cas toujours parfaitement bénins ont été signalés, ils se sont produits chez des enfants *en cours* de vaccination. Chez ceux qui avaient reçu leurs trois injections, aucun cas de diphtérie n'a été relevé.

(1) 1/2 à 1 ou 2 comprimés de 0 gr. 3" suivant l'âge.

L'effort poursuivi

LE CENTRE DE VACCINATION ANTIDIPHTÉRIQUE SON ACTIVITÉ. SES RÉSULTATS AUX ENFANTS MALADES

M. Lereboullet, devant de tels résultats, a obtenu de l'Assistance Publique un crédit pour la création aux Enfants Malades d'un centre de vaccination antidiphtérique gratuit qui fonctionne depuis quelques années. Sous sa compétente autorité M. le Docteur Gournay et M. le Docteur Gripon sont parvenus à le doter d'une organisation qu'il serait souhaitable de voir adopter dans les futurs centres de vaccination.

Il était de toute nécessité *d'isoler* en deux groupes distincts la clientèle de ce centre : d'une part les sujets exempts de toute trace de diphtérie, et d'autre part les sujets douteux et les porteurs de germes, et ceci, pour éviter dans la mesure du possible toute contamination.

Les séances ont donc lieu tous les jours de 10 heures et demie à midi mais, les mardi, jeudi, samedi, sont réservés à la vaccination des enfants indemnes, les lundi, mercredi et vendredi aux douteux.

On invite les familles des enfants hospitalisés à présenter les frères et sœurs du petit malade au laboratoire de la diphtérie où sont pratiquées les analyses bactériologiques de la gorge : si le résultat

est négatif, ils passent à la vaccination les mardi, jeudi, samedi; s'il est positif, ils passent les autres jours. Il en est de même pour les enfants venant du dehors et présentant des gorges suspectes : ces sujets sont soumis à des analyses répétées au cours du traitement : lorsque l'analyse devient négative ils rentrent dans le groupe des indemnes.

Lorsque, dans ce dernier groupe, l'examen de la gorge et des fosses nasales révèle soit des végétations, soit des amygdales hypertrophiées susceptibles d'une intervention chirurgicale à l'hôpital, il est toujours nécessaire d'attendre que l'enfant ait reçu ses trois injections d'anatoxine avant d'opérer. La solution de continuité créée dans la muqueuse par l'amygdalotome peut favoriser l'éclosion et l'évolution maligne d'une diphtérie. Nous connaissons le cas d'un jeune enfant qui subit l'amygdalectomie alors qu'il n'avait reçu qu'une piqûre et qu'il n'était encore nullement immunisé. Il contracta une diphtérie, indubitablement aggravée par la présence de la plaie opératoire et il succomba.

Chez tous les sujets âgés de plus de douze ans, un Schick est pratiqué ; s'il est négatif l'enfant n'est pas vacciné, s'il est positif, il recevra 4 piqûres respectivement de $1/4$, $1/2$; $1/2$, $1/2$ cc³ pour éviter dans la mesure du possible des phénomènes réactionnels.

Usant largement de propagande par voie d'affiches, de tracts ; par persuasion auprès des famil-

les, qui devant l'excellence de l'innocuité de ce traitement deviennent certainement elles mêmes des propagandistes dans leur entourage, le Centre de Vaccination jusqu'à la fin de l'année dernière avait déjà immunisé plus de 5.000 sujets; ses jeunes clients deviennent chaque jour plus nombreux, et actuellement on pratique tous les matins aux Enfants Malades environ 80 piqûres : parmi celles-ci sont comprises évidemment les secondes et troisièmes piqûres, mais néanmoins ce chiffre met en lumière le début de vulgarisation de cette vaccination dans le public.

CHAPITRE V

La Diphtérie dans les Immeubles pour Familles nombreuses

ROLE DE L'INFIRMIÈRE SOCIALE ET DE L'INFIRMIÈRE VISITEUSE

L'EFFORT DE VACCINATION. SES RÉSULTATS

La population globale des immeubles de l'Office Public d'habitations à bon marché doit dépasser actuellement 40.000 habitants, et étant donné les conditions d'admission de ces familles dans ces immeubles, nous pouvons considérer que nous avons une population de plus de 25.000 enfants ; c'est assez dire la nécessité avec laquelle la vaccination antidiphtérique s'impose dans de pareilles pouponnières. Par sa généralisation systématique, nous aurions la certitude de voir la diphtérie et tout son cortège de complications respiratoires,

cardiaques, rénales, nerveuses, trop souvent mortelles, jugulée dès son apparition, n'être plus qu'un cas isolé bénéficiant largement de la sérothérapie intensive, et nous pourrions envisager sa disparition.

Si comme pour la variole, l'Office pouvait exiger de tous ses jeunes locataires un certificat de vaccination, les choses seraient largement simplifiées. Nous n'en sommes malheureusement pas encore là, et notre seule ressource est d'obtenir par persuasion le plus de vaccinations possibles.

Les *infirmières des familles nombreuses* d'accord avec le Centre de vaccination des Enfants Malades se sont consacrées à cette tâche ingrate ; nous disons ingrate, parce qu'elles rencontrent chez les parents ou une indifférence passive ou une répulsion pour tout ce qui est vaccination basée souvent sur ce fait que beaucoup de pères et de grands fils ont été vaccinés pendant la guerre contre la typhoïde, parfois dans de mauvaises conditions, et que certains en ont conservé de douloureux souvenirs.

Il faut véritablement que la maladie soit à leur porte pour qu'ils se décident à soumettre leurs petits à cette thérapeutique nouvelle dont ils se méfient. Malgré cela nous avons obtenu quelques résultats par voie de tracts, d'affiches, par des multiples visites des infirmières aux familles, exposant les avantages certains, l'innocuité absolue du nouveau vaccin, et engageant les mamans à présenter leurs enfants aux séances de vaccination. Mais la

meilleure propagande fut encore celle de notre ennemie la diphtérie, ainsi que le prouve la recrudescence des demandes lors de ses mortelles apparitions dans la cité.

Malgré la propagande faite dans ces immeubles par les infirmières sociales, le nombre de vaccinations était insignifiant. Mlle de Hurtado et le Docteur Mathieu ont justement pensé que cette pénurie était due pour beaucoup à ce fait que les parents, soit par insouciance, soit à cause de leurs occupations, ne pouvaient accompagner leurs enfants au Centre de vaccination des Enfants Malades. Pour obvier à cet inconvénient, l'hôpital des Enfants Malades a mis à leur disposition un service de vaccination à domicile avec le concours dévoué de M. le Docteur Grippon et d'une infirmière. Ce service fonctionne depuis un an environ dans les différents immeubles comportant une garderie d'enfants, et les séances de vaccination ont lieu tous les 15 jours, à condition toutefois que le nombre des inscrits justifie le déplacement, faute de quoi les familles sont invitées à se rendre au Centre de Vaccination.

Nous allons donner le nombre et les résultats des vaccinations effectuées dans quelques-uns de ces immeubles. Nous citerons les cas datant d'au moins un an et qui ont pu être suivis, nous indiquerons accessoirement les chiffres de quelques séances de vaccination récentes pour donner une idée de leur importance :

Rue Marcel-Sembat (2.500 enfants) :

Depuis le 31 mars 1927 :

a) 150 enfants ont reçu 3 injections

b) 20 » » » 2 »

c) 12 » » » 1 »

Une quinzaine de cas de diphérie ont été relevés dans l'immeuble chez les non vaccinés — aucun cas chez les enfants du groupe a et b — un mortel dans le groupe c.

Rue de Ménilmontant (2.000 enfants) :

De mai 1926 à janvier 1927 :

a) 150 enfants ont reçu les 3 injections

b) 5 » » » 2 »

c) 15 » » » 1 »

Aucun cas à signaler dans ces trois groupes.

15 cas en 1927 chez les non vaccinés, dont 5 décès connus (1).

Séances récentes : du 16 novembre 27 : 17 enfants ont reçu une injection, parmi eux un enfant a contracté la diphtérie deux jours après la piqûre.

Du 24 novembre 27 : 16 enfants ont reçu la deuxième injection, 24 leur première.

Rue Emile-Zola (1.800 enfants environ).

La vaccination dans ce groupement ne date que du 1^{er} décembre 27.

(1) A opposer aux 150 décès causés cette année à Paris par la diphtérie.

1^{er} décembre 85 premières piqures.

15 décembre 100 piqures, dont 30 nouvelles.

4 décès par diphtérie chez les enfants en 1927.

Rue de Fécamp (2.400).

a) 49 enfants ont reçu les 3 injections

b) 18 » » » » 2 »

c) 8 » » » » 1 »

Aucun cas de diphtérie dans les trois groupes — nous relevons en 27 : 5 cas de diphtérie, dont un mortel chez les non vaccinés.

Nous avons procédé ce mois ci (nov.) à 70 nouvelles vaccinations.

Rue de la Solidarité (2.500).

Rue de l'Ourcq (1.000).

Boulevard de l'hôpital (1.500).

a) 198 enfants ont reçu les 3 injections

b) 75 » » » » 2 »

c) 49 » » » » 1 »

Pas de diphtérie dans les trois groupes :

Donc chez tous les enfants des groupes a et b, malgré la persistance des cas de diphtérie dans les cités, aucun n'a contracté la diphtérie.

Au total, plus de 500 enfants ont été vaccinés complètement et les séances actuelles laissent entrevoir pour cette année un résultat bien supérieur.

Ces quelques chiffres démontrent encore l'excellence de l'immunité conférée par l'anatoxine de Ra-

mon et la nécessité des trois piquûres ; ils démontrent aussi par leur petit nombre l'impérieux besoin d'une propagande intense en faveur de cette vaccination et de la création d'une vaste organisation sociale pour la lutte contre la diphtérie.

CHAPITRE VI

Organisation à réaliser

Puisque nous possédons une arme excellente nous devons la vulgariser au plus vite, tout retard dans son emploi se traduisant par une mortalité et une morbidité proportionnelle.

Pour cela il importe d'intensifier la propagande en faveur de cette vaccination dans les écoles, dans toutes les agglomérations d'enfants, et en particulier dans les immeubles pour les familles nombreuses. Nous avons à notre disposition la propagande par voie d'affiche, il nous paraît nécessaire de la renforcer par *l'envoi à domicile* de tracts exposant les avantages certains et la parfaite inocuité de cette sérothérapie préventive. Nous trouvons une aide précieuse dans le concours des infirmières visiteuses et des infirmières sociales dont la propagande auprès des mamans est encore plus effective, mais sans souhaiter pour l'instant la généralisation

légale de cette pratique, il nous semble que sa généralisation partielle, limitée à ces immeubles, en ce sens que l'Office aurait le droit d'exiger pour chaque nouvel enfant un certificat de vaccination comme il le fait pour la variole, serait une mesure que les résultats déjà obtenus légitimeraient largement et qui créerait un précédent puissant pour son application plus générale.

Il serait à souhaiter que tous les hôpitaux soient pourvus de centres de vaccination antidiphtériques gratuits à l'image de celui que M. Lereboullet a créé aux Enfants Malades, et ce, non seulement à Paris mais dans toutes les grandes villes et les grands centres industriels du pays.

Il faut que ces Centres de vaccination puissent disposer, comme cela a lieu aux Enfants Malades, d'équipes pouvant aller porter sur place, dans les écoles, les garderies, les groupements de maisons ouvrières, les bienfaits de cette vaccination. Il importe surtout que les Pouvoirs Publics comprenant l'urgence de la lutte contre la mortalité infantile, s'inspirant des résultats obtenus dans la lutte contre la variole, convaincus par des statistiques irréfutables que la diphtérie est elle aussi définitivement vaincue, nous donnent des crédits suffisants qui, puisque nous pouvons frapper fort, nous permettent d'abattre le mal d'un seul coup.

En agissant ainsi, ce sont des Vies qu'ils rendront au pays, en permettant la réalisation du vœu récent de l'Académie de Médecine dans sa séance

du 10 décembre 1927 qui demandait « l'institution systématique de la vaccination par l'anatoxine parmi les enfants qui fréquentent les écoles, et que cette pratique soit mise en œuvre dans les départements et les villes où l'inspection médicale des écoles est organisée. »

De même, et à plus forte raison, peut elle être instituée dans ces vastes cités ouvrières en développant l'effort commencé et dont nous avons relaté les premiers résultats.

Conclusions

I. — Les immeubles pour familles nombreuses construits récemment à Paris constituent un progrès hygiénique certain, mais peuvent être par l'agglomération d'enfants ainsi réalisée, le siège d'épidémies parfois meurtrières qu'on doit s'efforcer de limiter.

II. — La création d'une œuvre d'Infirmières Sociales spécialement affectées à ces immeubles permet, dans une large mesure, de mieux lutter contre le développement de quelques unes de ces maladies et d'assurer dans ces agglomérations une meilleure organisation hygiénique. Les résultats d'ores et déjà obtenus sont, à cet égard, encourageants.

III. — La diphtérie est la maladie vis-à-vis de laquelle une prophylaxie efficace est actuellement le mieux réalisable. La vaccination préventive à l'anatoxine de Ramon est un progrès indiscutable et il y a lieu de la répandre le plus largement possible dans ces immeubles. Les Infirmières Sociales, en s'appliquant à en démontrer la nécessité et en entrant en contact avec les centres de vaccination

antidiphtériques hospitaliers ou autres, peuvent contribuer efficacement à cette généralisation de la vaccination.

Les vaccinations faites dans les divers Immeubles par les soins du Centre de vaccination des Enfants Malades ont donné déjà des résultats certains quoique limités.

Il y a lieu d'espérer que, cette année même, un effort d'organisation plus large permettra d'arriver à limiter dans ces agglomérations les ravages de la diphtérie épidémique ainsi que ceux des autres maladies infectieuses infantiles.

Vu, le Doyen,
ROGER.

Vu, le Président,
NOBÉCOURT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

CHARLETY.

